



## **Nuestro proceso para quejas, determinación de cobertura (incluyendo excepciones) y de apelaciones**

Esto es sólo un breve resumen de nuestro proceso para quejas, determinación de cobertura (incluyendo excepciones) y de apelaciones. Información adicional se puede encontrar en el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura disponible en este sitio web. Por favor refiérase a su libro de Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

### **Quejas**

#### **¿Qué es una queja?**

Cualquier queja o disputa, que no sea aquella que implica una determinación de cobertura o una determinación de la LIS o LEP, expresando insatisfacción con cualquier aspecto de las operaciones, actividades o comportamiento de Alignment Health Plan, independientemente que medida correctiva sea solicitada. Una queja también puede incluir una queja que nos negamos a acelerar una determinación de cobertura o re-determinación. Las quejas pueden incluir quejas con respecto a la puntualidad, forma apropiada, el acceso a, y / o el ajuste de un elemento proporcionado.

#### **¿Cuándo se puede presentar una queja?**

Usted puede presentar una queja dentro de los sesenta días calendarios (60) de la fecha del evento o incidente que origina la queja. No hay fecha límite para presentar quejas relacionadas con la calidad de la atención ante la QIO (Organización de Mejoramiento de Calidad).

#### **Queja rápida**

Usted tiene el derecho de solicitar una revisión rápida o queja acelerada si está en desacuerdo con la decisión de Alignment Health Plan para invocar una extensión en su solicitud de una determinación de la organización o reconsideración, o la decisión de Alignment Health Plan para procesar su solicitud rápida como una solicitud estándar. En tales casos, Alignment Health Plan puede resolver su queja dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción y le notificará por escrito.

## **¿Dónde se puede presentar una queja?**

Una queja puede ser presentada por escrito directamente a nosotros o poniéndose en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Miembro 1-866-634-2247, TTY: 711, 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1° de Octubre hasta el 14 de Febrero, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 15 de Febrero hasta el 30 de Septiembre.

También puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Miembro y solicitar la dirección postal o número de fax para Apelaciones y Quejas.

## **Determinaciones de cobertura**

### **¿Qué es una determinación de cobertura?**

Una determinación de cobertura es una decisión tomada por Alignment Health Plan sobre sus beneficios de medicamentos recetados. Esto incluye si un medicamento en particular está cubierto, si se han cumplido todos los requisitos para obtener un medicamento solicitado, la cantidad que debe pagar por un medicamento, y si se debe hacer una excepción a una regla plan cuando usted lo solicite.

### **¿Qué es una excepción?**

Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Por ejemplo, si un medicamento no está cubierto por nuestro plan, usted nos puede pedir que hagamos una "excepción". Similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión. Cuando usted pide una excepción, su médico u otro quien receta, tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la aprobación de la excepción, para que podamos considerar su pedido.

### **¿Cuándo puede una Determinación / Excepción de cobertura de la parte D ser solicitada?**

Una determinación de cobertura puede ser solicitada para cualquiera de las siguientes:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).
  - a. Usted puede pedirle a nuestro plan una excepción si usted o su médico (su médico u otro proveedor de atención médica que está legalmente autorizado para recetar medicamentos) cree que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos de su plan.
  - b. Usted puede solicitar una excepción si la farmacia de su red no pueden surtir una receta tal como está escrita.
2. Eliminando una restricción en la cobertura del plan para un medicamento cubierto.

- a. Usted puede solicitar una excepción si usted o su médico creen que una norma de cobertura (como una autorización previa) no debería aplicarse.
3. Cambiando la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. (Excepción de Nivel)
  - a. Usted puede solicitar una excepción si usted cree que debería pagar menos por un medicamento de un nivel alto, porque usted o su médico cree que usted no puede tomar ninguno de los medicamentos del nivel bajo para la misma condición.
4. Solicitud de pago.
  - a. Usted puede pedirnos que paguemos por un medicamento que usted ya compró.

### **¿Cuándo puede una Determinación / Excepción de cobertura de la parte D ser solicitada?**

Una Determinación/Excepción de cobertura / Excepción puede ser presentada por escrito a:

Alignment Health Plan  
Attn: Departamento de Membresía  
1100 W. Town and Country Road  
Orange, CA 92868

También puede llamar a Alignment Health Plan al 1-866-634-2247, TTY: 711, 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1° de Octubre hasta el 14 de Febrero, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 15 de Febrero hasta el 30 de Septiembre. Además, usted puede solicitar una excepción a través de nuestro sitio web en [www.alignmenthealthplan.com](http://www.alignmenthealthplan.com)

### **Apelaciones y Re-determinaciones para miembros**

#### **¿Qué es una apelación?**

Una apelación es un tipo de queja que usted presenta cuando desea que revisemos una decisión que se tomó sobre la cobertura de un servicio médico, la cantidad que pagamos por un servicio médico, lo que pagaremos por un servicio médico o la cantidad que debe pagar por un servicio médico.

#### **¿Qué es una re-determinación?**

El primer nivel del proceso de apelación, lo que implica un medicamento de la Parte D y Alignment Health Plan re-evaluando una determinación de cobertura adversa, las conclusiones sobre las que se basan, así como cualquier otra prueba

presentada u obtenida.

### **¿Cuándo se puede presentar una apelación?**

Usted puede presentar una apelación dentro de los sesenta días calendarios (60) de la fecha de la notificación de la determinación inicial de la organización (o determinación de cobertura de la Parte D).

Nota: El plazo de sesenta (60) días puede ser prorrogado por una buena causa. Incluya en su solicitud por escrito la razón por la que no pudo presentarla en el plazo de sesenta días (60).

### **¿Dónde se puede presentar una apelación?**

Una apelación (o re-determinación de la Parte D) puede ser presentada por escrito directamente a nosotros o poniéndose en contacto con nuestro Departamento de Servicios al 1-866-634-2247, TTY: 711, 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1° de Octubre hasta el 14 de Febrero, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 15 de Febrero hasta el 30 de Septiembre.

También puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicio de Membresía y solicitar la dirección postal o número de fax para Apelaciones (incluyendo re-determinaciones). Además, usted puede presentar una re-determinación de la Parte D a través de nuestro sitio web [www.alignmenthealthplan.com](http://www.alignmenthealthplan.com).

### **Decisiones y Apelaciones rápidas**

Usted tiene el derecho de solicitar y recibir decisiones rápidas que afectan su tratamiento médico en situaciones donde el “tiempo apremia”. Una situación donde el tiempo apremia, es una situación donde la espera de una decisión en el plazo de toma de decisiones normal podría poner en peligro:

- su vida o salud, o
- su habilidad de recuperar su función máxima.

Si Alignment Health Plan, su médico de atención primaria o su médico (para la Parte D) decide, en base a criterios médicos que su situación es apremiante al tiempo o si algún médico llama o escribe en apoyo de su solicitud para una revisión acelerada, Alignment Health Plan tomará una decisión lo más rápidamente posible, pero no más de setenta y dos (72) horas después de haber recibido la solicitud.

***Esto es sólo un breve resumen de nuestro proceso de queja, apelación, y determinación de cobertura (incluyendo excepciones). Información adicional se puede encontrar en el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura disponible en este sitio web. Por favor refiérase a su libro de Evidencia de Cobertura para obtener más detalles o comuníquese con su Departamento de Servicio de Membresía al 1-866-634-2247 para obtener información adicional.***